



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2013

**SANDRA NEVES
MARTINS
DOS SANTOS
FERREIRA
SAÚDE**

QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL EM CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia, especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

o júri

presidente

Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
professora auxiliar com agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta
investigadora auxiliar do Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Doutora Sara Otília Marques Monteiro
professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A todos os que contribuíram, direta e indiretamente, para o sucesso do meu trabalho fica aqui a expressão do meu sincero e profundo agradecimento.

Aos colaboradores dos lares e provedores das Santas Casas da Misericórdia de Aveiro, Águeda e Coimbra pela preciosa colaboração.

À direção do Centro de Assistência Paroquial da Granja do Ulmeiro pelo envolvimento no sucesso deste trabalho.

À Professora Doutora Sara Monteiro, pela sua rigorosa orientação, profissionalismo e contributos para a realização desta investigação.

Ao meu marido, pelo apoio e tolerância ao longo destes dois longos anos de trabalho.

Aos meus filhos pela minha ausência nos momentos das brincadeiras e das histórias da noite.

A todos eles, o meu sincero obrigado!

palavras-chave

Cuidadores formais; idosos institucionalizados; sintomatologia psicopatológica.

resumo

O presente estudo exploratório pretendeu avaliar a relação entre as variáveis qualidade de vida profissional e saúde mental em cuidadores formais de idosos institucionalizados.

A amostra foi recolhida em instituições recetoras, sendo constituída por 104 trabalhadores de seis unidades que prestam cuidados a idosos. Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico, a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL; Carvalho & Sá, 2011), o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH; Pais Ribeiro et al., 2006).

Os resultados mostraram que os cuidadores apresentam frequentemente satisfação por compaixão e níveis baixos a moderados de *burnout* e *stress* traumático, demonstrando que esta amostra de cuidadores perceciona uma qualidade de vida profissional razoável. Evidenciam ainda que as variáveis ansiedade, depressão e sintomas psicopatológicos se encontram significativa e negativamente correlacionadas com a satisfação por compaixão. As dimensões de *burnout* e *stress* traumático apresentam uma correlação positiva entre si e estabelecem uma correlação positiva com as variáveis ansiedade, depressão e sintomas psicopatológicos.

Estes resultados demonstram a importância da intervenção junto destes grupos de profissionais especialmente na identificação de necessidades (in)formativas, sequente prevenção dos problemas referenciados e definição de estratégias qualitativas de prestação de cuidados ao idoso.

keywords

Formal caregivers; institutionalized elderly; psychopathological symptoms.

abstract

The present exploratory study evaluates the relation between variables such as professional life's quality and mental health in formal caregivers of institutionalized elderly.

This sample was collected in institutions that receive elderly. It covers 104 employees from 6 different institutions.

The data collection was based on self-response surveys and the instruments applied were: Sociodemographic questionnaire, the Professional Quality of Life Scale (ProQOL; Carvalho & Sá, 2011), the Brief Symptom Inventory (BSI; Canavarro, 1999) and the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS; Pais Ribeiro et al., 2006).

The results showed that caregivers often have compassion satisfaction and low to moderate levels of traumatic stress and burnout, demonstrating reasonable professional life quality. It also demonstrates that the variables anxiety, depression and psychopathological symptoms are significantly and negatively correlated with the satisfaction of compassion; while traumatic stress and burnout dimensions have a positive correlation with each other and establish a positive correlation with the variables anxiety, depression and psychopathological symptoms.

These results demonstrate the importance of intervention with these groups of professionals on the identification of needs (in) formation, consequent prevention of problems and referenced definition of qualitative strategies of care to the elderly.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS

LISTA DE NOMENCLATURAS

I. Introdução	1
O papel do(s) cuidador(es)	2
Sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida	3
Qualidade de vida na profissão	6
Objetivos e pertinência do estudo	8
II. Metodologia	8
Caracterização da amostra	8
Instrumentos	10
Procedimentos de recolha de dados	12
Procedimentos estatísticos	12
III. Resultados	12
Resultados descritivos	12
Relações entre as variáveis	15
IV. Discussão	17
Conclusões e implicações práticas	20
V. Referências	22
VI. Apêndices	30

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

Tabela 2 – Qualidade de vida profissional

Tabela 3 – Inventário de sintomas psicopatológicos

Tabela 4 – Escala de depressão e ansiedade hospitalar

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis estudadas (ProQOL e BSI)

Tabela 6 – Correlação entre as variáveis estudadas (ProQOL e EADH)

LISTA DE NOMENCLATURAS

AF - Ansiedade Fóbica

ANS - Ansiedade

ANS2 - Ansiedade (EADH)

BR – *Burnout*

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

D.P. – Desvio Padrão

DP - Depressão

DP2 - Depressão (EADH)

EADH - Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar

FS - Fatores sociodemográficos

ID – Idade

IP - Ideação Paranoide

HL - Habilidades literárias

HS - Hostilidade

OC - Obsessões-compulsões

ProQOL - Escala de Qualidade de Vida Profissional

PS - Psicoticismo

SC - Satisfação por compaixão

SI- Sensibilidade interpessoal

SM - Somatização

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ST- *Stress* traumático

WHO - *World Health Organization*

I. Introdução

O envelhecimento das populações é uma realidade mundial com particular destaque no mundo ocidental. Segundo Barros (2008) o século XXI será o século dos idosos. Segundo o estudo do INE designado “Projeções de população residente em Portugal: 2008-2060” (INE, 2012), constata-se que o peso da população idosa (com mais de 65 anos) aumentará de 19,2% em 2011 para 32,3% em 2060. As tendências demográficas demonstram que, simultaneamente, ao aumento do número global de idosos, há outro fenómeno que emerge, o aumento do número de pessoas em situação de dependência e o aumento de idosos com doenças crónicas, degenerativas e incapacitantes (Santos, 2004), nos quais se verifica uma diminuição progressiva das aptidões e das capacidades físicas e mentais (Oliveira et al., 2010).

O processo de envelhecimento é caracterizado por fatores extrínsecos e intrínsecos firmados em três dimensões: a biológica que resulta do aumento da idade cronológica, a dimensão psicológica que resulta da resposta comportamental ao processo biológico e a dimensão social que resulta da interação entre o organismo e a sua envolvente (Olshansky & Hayflick, 2005). Estudos mais recentes salientam que as perdas funcionais do idoso resultam da sua interação com os hábitos de vida e com as amenidades do seu meio envolvente (Beers & Jones, 2005). O aumento exponencial de idosos traduz-se na crescente procura de cuidados de saúde e apoio social, particularmente por pessoas idosas com diferentes níveis de dependência funcional e cronicidade múltipla que podem persistir durante longos períodos de tempo, perspetivando-se, num futuro próximo, o agravamento das situações de dependência (Plano do Nacional de Saúde, 2012). O envelhecimento populacional coloca-nos perante novos desafios e mudança de estereótipos relativamente ao idoso, à promoção do envelhecimento ativo, ao papel da família, ao papel do cuidador formal do idoso e ao enquadramento socioeconómico e político das sociedades modernas (Fragoso, 2008). Em Portugal, as famílias cuidadoras dos seus idosos têm um papel muito expressivo, no entanto, ao analisar a evolução das últimas décadas verifica-se que o aumento das famílias unipessoais e o surgimento de novas formas familiares e conjugais pode levar a um aumento dos idosos institucionalizados (Andrade & Monteiro, 2007). O envelhecimento progressivo, o aumento crescente da atividade profissional das mulheres tradicionalmente prestadoras de cuidados informais, a sobrecarga na família em virtude de estádios mais avançados da doença, também contribuíram para uma maior procura das

instituições prestadoras de cuidados formais (Gonçalves, 2002) e necessidade de institucionalização das pessoas idosas (Schulz et al., 2004). Deste modo, compete às instituições proporcionar a prestação de cuidados (Fragoso, 2008). Face ao aumento da procura, multiplicaram-se as estruturas e os programas de apoio ao serviço da população idosa, salientando-se a importância crescente do papel dos cuidadores formais e o seu impacto no idoso.

A investigação nesta área tem referenciado o facto dos cuidadores serem um grupo profissional que tende a apresentar sintomatologia física e psíquica que, juntamente com as exigências continuadas das tarefas, conduzem a situações de *stress* e ao desenvolvimento de perturbações emocionais como a depressão ou a ansiedade (Shyu, 2006). Alguns autores evidenciam a predisposição destes profissionais ao desgaste emocional e síndromes psicopatológicas (Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha, 2010). Diversos autores têm concluído que a prevenção de eventuais patologias melhora a qualidade de vida do cuidador e dos cuidados prestados ao idoso, sugerindo que as problemáticas subjacentes aos cuidadores poderão refletir-se nos que deles dependem (Miguel, Barros Pinto, & Marcon, 2007). Os desafios no âmbito da promoção do envelhecimento ativo e da promoção da saúde dos cuidadores passam por um maior investimento na formação dos técnicos envolvidos na prestação de cuidados de saúde (Maurício, 2010).

O papel do(s) cuidador(es)

Em Portugal, o aumento de casos de idosos em situação de dependência faz emergir um novo fenómeno na sociedade, que se refletiu na criação de um novo grupo profissional, os cuidadores formais (Casado & López, 2001, cit. in. Martínéz, 2005). Segundo Martins (2007) as redes de apoio à população idosa dividem-se em dois tipos: as redes de apoio formal (lares para a terceira idade, serviços de apoio domiciliário e centros de dia) e as redes de apoio informal (família e amigos/vizinhos). De acordo com os autores Paúl e Fonseca (1999) a pessoa que cuida do idoso designa-se de cuidador (*caregiver*) e distinguem-se dois tipos de cuidadores, os formais e os informais, podendo estes últimos subdividir-se em cuidadores primários e cuidadores secundários em função do grau de envolvimento dos cuidados prestados (Martín, 2005). Segundo Schulz e Quittner (1998), o carácter remuneratório da prestação de cuidados discrimina os cuidadores formais dos informais. Os cuidadores informais são aqueles que representam os elementos da rede social do idoso, que prestam cuidados regulares não remuneratórios na ausência de um

vínculo formal ou estatutário e não possuem formação específica para a prestação de cuidados (Brito & Ramos, 2002).

No âmbito do cuidado formal, a prestação de cuidados é habitualmente exercida por profissionais devidamente qualificados, detentores de preparação para o desempenho deste papel e encontram-se integrados numa atividade profissional de acordo com as suas competências profissionais, sendo remunerados pelos serviços que prestam (Sequeira, 2007). Estes profissionais devem ter competências para trabalhar em equipa multidisciplinar e possuir conhecimentos para intervir de forma adequada, conhecendo as necessidades do idoso e apoiando-o na realização das suas atividades diárias (Hartke, King, Heinemann, & Semik, 2006). Os profissionais, que atuam nestes contextos, assim como os profissionais de saúde, possuem competências que lhes permite ter uma intervenção sustentada numa abordagem holística do envelhecimento (Kim, Bursac, DiLillo, White, & West, 2009).

Sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida

O *stress* no trabalho tem repercussões muito importantes, sendo um dos fatores que mais contribui para o estado emocional e humor do indivíduo, perturbando, em consequência, os contextos familiar e social deste, prejudicando-o na sua saúde física e psíquica (Vaz Serra, 2002). Também Dejours (1992) sugere que o trabalho nem sempre possibilita a realização profissional podendo, inclusivamente, causar problemas de insatisfação e exaustão.

Crescentes estudos da literatura atual no âmbito do *stress*, têm vindo a chamar a atenção para a elevada prevalência de stress nos profissionais de saúde e na área dos educadores (Melo, Gomes, & Cruz, 1997). Um estudo desenvolvido por estes autores com o objetivo de identificar as principais fontes de *stress*, no qual usaram uma amostra de 120 profissionais de saúde e ensino, reconheceram níveis elevados de *stress* relacionados com a sobrecarga de trabalho; este estudo sugeriu eventuais consequências na satisfação com o trabalho e a possibilidade do próprio *stress* gerar pressão e mal-estar em quem cuidam. Um estudo mais recente (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009) analisou o *stress* ocupacional, o *burnout*, a saúde física, a satisfação e a realização profissional numa amostra de 286 enfermeiros portugueses, tendo encontrado resultados significativos de *stress*, exaustão emocional e física e *burnout*. Diversas investigações nesta área sugerem a presença de exaustão e fadiga por compaixão nas relações entre os prestadores de cuidados formais e os

seus destinatários (Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Kilian 2008; Radley & Figley, 2007). Destaca-se um estudo que avaliou as dimensões fadiga por compaixão e satisfação por compaixão, numa amostra de 363 profissionais integrantes de equipas de proteção à criança, no qual se identificaram riscos elevados de fadiga por compaixão, no entanto, mais de 70% da amostra expressou um nível alto de satisfação por compaixão, sugerindo que esta dimensão ameniza os efeitos do *burnout* (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Radley e Figley (2007), também abordaram a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão num estudo qualitativo com assistentes sociais clínicos onde salientam a criação de um modelo de satisfação por compaixão enraizado na psicologia positiva. O citado modelo sugere que os recursos do trabalho podem resultar em satisfação por compaixão e, para a maximização desta dimensão, destacam a importância do treino, da educação e das políticas de trabalho. Num estudo de Kilian (2008) efetuaram-se entrevistas semi-estruturadas a uma amostra de 104 terapeutas (trabalho relacionado com sobreviventes de traumas), através das quais foram identificados níveis de fadiga por compaixão relacionados com o trabalho, que foram expressos através de sintomas corporais, tais como alterações de humor, distúrbios de sono e dificuldades de concentração.

Através de uma revisão sistemática da literatura cujo objetivo foi o de estudar a relação entre o desempenho profissional e aspetos da saúde mental entre profissionais de saúde, foram encontradas fortes evidências de associação entre a saúde mental, os erros no trabalho e a satisfação de quem cuidam (Gärtner, Nieuwenhuijsen, van Dijk, & Sluiter, 2012). Um estudo clínico randomizado, desenvolvido nos países baixos, com uma amostra de 1731 enfermeiras, demonstrou que trabalhadores dos serviços de saúde e ação social constituem-se como grupos de elevado risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental (Gärtner et al., 2011). Estes mesmos autores desenvolveram um estudo em 2012, aplicando questionários de auto-resposta em profissionais dos serviços de saúde, através do qual demonstraram o impacto da saúde mental, falta de energia e motivação na qualidade do trabalho.

Um estudo exploratório de avaliação da vulnerabilidade ao *stress*, desordens emocionais e qualidade de vida evidenciou que os técnicos de saúde com maiores índices de desordem emocional percebem menor qualidade de vida (Azevedo, Loureiro, Pereira, & Cunha, 2010). Diversos estudos têm evidenciado que a ação de cuidar de idosos envolve elevadas exigências com impacto na saúde, originando elevados índices de *stress*

nos cuidadores, sendo que as instituições não estão preparadas para lidar com os problemas que abrangem os seus colaboradores (Dejours, 1992). Segundo alguns autores, os profissionais de saúde prestadores de suporte emocional, têm registado um aumento de sintomas de *stress* e desordens emocionais ao depararem-se com adversidades difíceis de ultrapassar, como a fadiga, a depressão ou o isolamento (Peterson, Demerouti, Bergstrom, Asberg, & Nygren, 2008). De acordo com um estudo de Adams, Boscarino e Figley (2006) estes fatores podem ter impacto na sua qualidade de vida.

Investigadores americanos desenvolveram um estudo longitudinal para avaliar a sintomatologia psicopatológica em 102 cuidadores formais de pacientes com demência (Hooker et al., 2002). A avaliação do *stress*, saúde mental e percepção da saúde física foi realizada através de entrevistas e de um inventário neuropsiquiátrico. Os resultados deste estudo evidenciaram que os níveis de *stress* elevado estavam associados a baixos níveis de bem-estar físico e psicológico, com repercussões no ambiente de trabalho.

Uma revisão sistemática da literatura revela que cuidadores de idosos com demência são confrontados com mais sintomas depressivos e diminuição da saúde física, comparativamente a cuidadores de idosos sem este enquadramento demencial (Schoenmakers, Buntinx, & Delepeleire, 2010). Um estudo desta revisão em particular demonstra que as características específicas do cuidador também são responsáveis pelos sentimentos negativos desencadeados, sendo que cuidadores mais apoiados parecem lidar melhor com o impacto negativo do ato de cuidar (Schoenmakers, Buntinx, & Delepeleire, 2010). Alguns autores (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007) referem que profissionais geriátricos (e mais velhos) apresentam maior fadiga psicológica e dificuldades em tomar decisões, assim como, pensamentos disfuncionais ou atitudes desajustadas (Shyu, 2006). Paralelamente, outros estudos sugerem que os técnicos geriátricos, e de idade mais jovem, apresentam fraco sentido de autoeficácia e mais dificuldades em lidar com situações desfavoráveis, provavelmente devido às expectativas iniciais e inexperiência (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007). Alguns estudos no âmbito da depressão e ansiedade mostram que estas se encontram relacionadas com a inaptidão profissional, sendo que os indivíduos com mais ansiedade e sintomatologia depressiva revelam menor produtividade, maiores taxas de absentismo e encontram-se mais suscetíveis a desencadear doenças relacionadas com o trabalho (Blisker, Gilbert, Myette, & Stewart-Patterson, 2005; Elinson, Houck, Marcus, & Pincus, 2004; Gilmour & Patten, 2007). As condições implicadas nas tarefas dos

cuidadores de idosos implicam elevado desgaste físico e mental, condições essas que poderão desencadear *stress* ocupacional e *burnout* (Codo, Sampaio, & Hitomi, 1993).

Qualidade de vida na profissão

Para Stamm (2010) a qualidade de vida profissional integra aspetos negativos e aspetos positivos, os aspetos negativos relacionam-se com a fadiga por compaixão que, de acordo com o autor, inclui a dimensão do *stress* traumático secundário (sentimento negativo resultante do medo ou trauma relacionado com o trabalho) e o *burnout* (relacionado com dificuldades em lidar com a pressão no trabalho, sensação de que os esforços não fazem diferença, frustração, tristeza, exaustão e depressão). Segundo Stamm (2010) a fadiga por compaixão resulta da exposição prolongada ao *stress* traumático secundário. Estudos desenvolvidos com enfermeiros parecem evidenciar que os avanços terapêuticos, o prolongamento da vida dos doentes e a perceção da falta de tempo, poderão facilitar os estados de fadiga por compaixão (Sabo, 2011). Alguns autores alertam que os profissionais (cuidadores formais) com maior compaixão e altruísmo, podem ver a sua saúde mental prejudicada e vulnerabilizada, em consequência da exposição a fatores de *stress* no trabalho, traduzindo-se em estados de exaustão com implicações na vida pessoal, familiar e institucional (Jamieson, Teasdale, Richardson, & Ramirez, 2010). Segundo McHolm (2006), quando surge fadiga por compaixão, o profissional experiencia grande sofrimento emocional e um pronunciado declínio na sua performance profissional e eficiência, associado a um maior risco de aparecimento do erro e, dependendo da severidade e duração da situação de exaustão, poderá também experienciar prejuízos na sua saúde física. De acordo com os autores Codo e Lago (2010) a síndrome da fadiga por compaixão é uma consequência comportamental e emocional natural resultante da tomada de conhecimento com o sofrimento alheio. Estes autores desenvolveram um estudo a partir do qual salientam que os profissionais de saúde são o grupo mais afetado e acrescentam que muitos destes profissionais não se apercebem dos défices significativos que apresentam em termos de saúde física e mental. Um estudo desenvolvido nos Estados Unidos, com 153 profissionais de saúde, no qual usaram a escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL 4) para avaliar a fadiga e satisfação por compaixão, evidenciou a existência de elevados índices de cansaço e fadiga por compaixão (Potter et al., 2010).

Maslach (2003) apresenta o *burnout* como uma perturbação psicológica que envolve exaustão física e mental no indivíduo, prejudicando a capacidade para o trabalho.

Figley (1995) caracterizou a síndrome *burnout* como estando associada a determinada sintomatologia física (fadiga, dificuldades de sono, problemas somáticos), emocional (irritabilidade, ansiedade, depressão, culpa), comportamental (insensibilidade ao trabalho, pessimismo, abuso de substâncias, desempenho pobre) e interpessoal (tendência a desumanizar ou intelectualizar a dor do outro). Resultados de um estudo com prestadores de cuidados a indivíduos com problemas de saúde mental investigaram a relação entre *o burnout*, satisfação no trabalho e a emoção expressa tendo mostrado níveis de *burnout* elevado (Langdon, Yáguez, & Kuipers, 2007). Níveis significativos de *burnout* nos prestadores de cuidados refletem-se na qualidade dos serviços, no absentismo, na baixa realização pessoal, na insatisfação dos doentes e no estado de saúde física e psíquica (Leal, 1995). De acordo com resultados de um estudo desenvolvido no Colorado, a exaustão emocional entre os cuidadores, resultante das adversidades do ambiente de trabalho, parece afetar a qualidade da prestação de cuidados (Constable & Russell, 1986). Um estudo transversal realizado na Suécia, com uma amostra de 1.561 enfermeiros e assistentes, à qual aplicaram um inventário de Maslach, mostrou correlação negativa significativa entre os níveis de exaustão/ fadiga física e emocional (dimensões do *burnout*) e a realização pessoal e profissional dos participantes (Sundin, Hochwalder, Bildt, & Lisspers, 2007). Um trabalho de investigação desenvolvido no Japão analisou uma amostra de 72 cuidadores de lares de idosos, através de questionários de auto-resposta, tendo identificado níveis elevados de *burnout* associados aos estilos de *coping* dos cuidadores formais (Narumoto et al., 2008). Num estudo desenvolvido em Itália, com uma amostra de 112 cuidadores, demonstrou-se que cuidar de idosos implica um elevado custo para os cuidadores, traduzindo-se em consequências negativas para a saúde física e mental do cuidador, e elevados índices de *stress* e angústia (Di Mattei et al., 2008).

Stamm (2010) também identifica o conceito de satisfação por compaixão, que define como sendo o prazer e satisfação relacionada com o trabalho, no qual se desenvolvem sentimentos positivos de realização e prazer em ajudar os outros e de fazer algo de construtivo no local de trabalho e na sociedade. Stamm (2010) sugere ainda que a satisfação por compaixão atua como um fator que protege o profissional dos fatores stressantes no trabalho. Uma meta-análise com o objetivo de analisar a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde física e mental evidenciou fortes correlações entre a

dimensão satisfação e a saúde mental, nomeadamente com a autoestima, *burnout*, depressão e ansiedade (Faragher, Cass, & Cooper, 2005).

Objetivos e pertinência do estudo

A investigação com cuidadores formais tem sido muito reduzida, fator que determinou o interesse e aprofundamento da mesma. Objetiva-se, com o presente trabalho, estudar a relação entre a saúde mental e a qualidade de vida profissional dos cuidadores formais de idosos institucionalizados (avaliada através de indicadores de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica). Adicionalmente permitirá identificar os prestadores de cuidados em situação de maior risco de forma a intervir, preventivamente, através de recursos e estratégias de adaptação e controlo, que conduzam a um desempenho profissional mais eficaz.

Os objetivos específicos deste estudo e hipóteses subjacentes aos mesmos consistem no seguinte:

- a) Avaliar a relação entre a saúde mental e a qualidade de vida profissional. É expectável que quanto maior for a qualidade de vida profissional menores serão os indicadores de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica apresentada pela população estudada.
- b) Explorar a relação entre as variáveis idade e vulnerabilidade à sintomatologia psicopatológica. É expectável que os sujeitos com mais idade apresentem maiores níveis de sintomatologia psicopatológica e os sujeitos da amostra com menos idade apresentem menor vulnerabilidade à sintomatologia psicopatológica.

II. Metodologia

Nesta secção apresenta-se a caracterização do estudo empírico, enquadramento e objetivos que norteiam a investigação: É efetuada a descrição metodológica utilizada na seriação da amostra, os fatores de inclusão e exclusão, os procedimentos afetos à recolha de dados e a caracterização psicométrica dos instrumentos de avaliação utilizados.

Caracterização da amostra

O presente estudo foi realizado com uma amostra de conveniência constituída por 104 cuidadores formais de idosos institucionalizados, trabalhadores em 6 instituições de acolhimento de idosos dos distritos de Aveiro, Coimbra e Figueira da Foz. Os dados foram obtidos no período de tempo entre 5 de janeiro e 15 de abril de 2013. Neste estudo foram respeitados os princípios éticos do consentimento informado, do anonimato e da

confidencialidade, nomeadamente na obtenção e análise dos dados e na relação entre os cuidadores e hierarquias das suas instituições. Como critérios de inclusão da amostra consideraram-se os seguintes: 1) Ser colaborador(a) direto numa instituição recetora de idosos; 2) Desenvolver tarefas funcionais diretamente com o idoso; e 3) Desempenhar funções a tempo parcial ou integrais na instituição destinatária. Como critério de exclusão determinou-se o exercício indireto de funções relacionadas com o bem-estar do idoso.

As características sociodemográficas encontram-se sistematizadas na Tabela 1 apresentada a seguir.

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra

		n	%
Idade	21 - 30 anos	24	23,1
	31 - 40 anos	25	24,0
	41 - 50 anos	26	25,0
	51 - 60 anos	25	24,0
	>61 anos	4	3,8
	Total	104	100,0
Sexo	Feminino	98	94,2
	Masculino	6	5,8
	Total	104	100,0
Estado civil	Solteiro	18	17,3
	Casado	59	56,7
	União de facto	10	9,6
	Viúvo	4	3,8
	Divorciado	13	12,5
	Total	104	100,0
Habilitações literárias	Básico-1ºciclo (4ºano)	11	10,6
	Básico-2ºciclo (6ºano)	5	4,8
	Básico-3ºciclo (9ºano)	40	38,5
	Secundário (12ºano)	24	23,1
	Licenciatura	23	22,1
	Mestrado	1	1,0
	Total	104	100,0
Profissão	Auxiliar Ação Direta	60	57,7
	Psicólogo	3	2,9
	Enfermeira	10	9,6
	Animadora Sociocultural	5	4,8
	Professor Desporto	1	1,0
	Técnica/Assistente social	1	1,0
	Diretor	1	1,0
	Auxiliar de ação médica	17	16,3
	Nutricionista	1	1,0
	Fisioterapeuta	3	2,9
	Terapeuta da fala	1	1,0
	Terapeuta ocupacional	1	1,0
	Total	104	100,0
Exigências da atividade	Mentais	6	5,8
	Físicas	6	5,8
	Ambas, mentais e físicas	92	88,5
	Total	104	100,0

Pela análise do quadro 1, verifica-se que a maioria dos participantes se encontra na faixa etária compreendida entre os 41- 50 anos, correspondentes a 25.0% da amostra, e maioritariamente do sexo feminino (94.2%).

No que respeita ao estado civil, a maioria dos participantes, encontra-se na situação de casado, com correspondência a 59 casos. As habilitações literárias da maioria concentram-se no 3º ciclo do ensino básico.

Por último, relativamente ao tipo de profissão, encontram-se maioritariamente representados os indivíduos a exercer a profissão de auxiliar de ação direta (60 casos) cujas funções implicam, simultaneamente, exigências físicas e mentais.

Instrumentos

No presente trabalho de investigação foram aplicados instrumentos de avaliação distintos para a recolha de dados relativos às variáveis em estudo de forma a podermos concretizar os objetivos definidos e responder às hipóteses previamente delineadas.

Deste modo, e após os devidos pedidos de autorização junto dos autores das escalas e anuência destes, procedeu-se à construção do protocolo de avaliação constituído pelo questionário sociodemográfico, Escala de Qualidade de Vida Profissional – ProQOL (Stamm, 2009; Carvalho & Sá, 2011), Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Derogatis & Spencer, 1982; Canavarro, 1999) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar – EADH (Zigmond & Snaith, 1994; Pais Ribeiro et al., 2006).

Variáveis sociodemográficas

O questionário sociodemográfico pretendeu caracterizar e avaliar as variáveis idade, género, estado civil, habilitações literárias, profissão, categoria profissional, setor de serviço e principais exigências da atividade de trabalho (físicas e/ou mentais).

Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) (*Professional Quality of Life Scale*; Stamm, 2009; Versão Portuguesa aferida de Carvalho & Sá, 2011). A ProQOL 5 é uma escala formada por 30 itens divididos em 3 subescalas que avaliam três aspetos distintos: Satisfação por Compaixão, *Burnout* e *Stress* traumático. A cada subescala correspondem 10 itens – Satisfação por Compaixão (itens 3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); *Burnout* (itens 1,4,8,10,15,17,19,21,26,29) e *Stress* Traumático Secundário (itens 2,5,7,9,11,13,14,23,25,28). Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia entre 1 e 5, correspondendo a uma escala ordinal de frequência (1=Nunca; 2=Raramente; 3= Por Vezes; 4=Freqüentemente e 5=Muito Freqüentemente). O

somatório para cada subescala realiza-se através da soma da pontuação de cada um dos 10 itens correspondentes. Para realizar o somatório da subescala de *Burnout*, deve-se reverter a pontuação dos itens 1, 4, 15, 17, e 29. A consistência interna, avaliada a partir do *alfa de Cronbach*, da escala total é de .72. Para cada um dos somatórios de itens identificados, a percentagem de variância explicada e o índice de consistência interna são respetivamente para o primeiro fator (stress traumático secundário/ trauma vicariante) .83, para o segundo fator (satisfação por compaixão) .86 e para o terceiro fator (*burnout*) .71 (valores semelhantes à ProQOL 5 original).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (*Brief Symptom Inventory*; Derogatis & Spencer, 1982; Versão Portuguesa aferida de Canavarro, 1999). Este inventário é composto por 53 itens e tem por objetivo avaliar nove dimensões básicas de sintomatologia psicopatológica (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo). A cada uma destas dimensões apresentam-se associados vários itens. A cotação da escala permite, ainda, calcular três índices globais, o Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (ISP) e Índice de Sintomas Positivos (ISP), estes constituem-se como avaliações gerais da perturbação emocional. A avaliação da sintomatologia psicopatológica restringe-se a um período temporal, solicitando ao sujeito que descreva o “grau em que cada problema o incomodou durante a última semana”, numa escala de *Likert* que compreende os extremos “nunca” (0) e “muitíssimas vezes” (4) (Canavarro 2007). Relativamente às características psicométricas, o BSI apresenta valores de consistência interna favoráveis, verificados através do coeficiente de *alfa de cronbach* que se situou entre os valores de .70 e 0.80 (Canavarro, 2007).

Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH) (Zigmond & Snaith, 1994; Versão Portuguesa aferida de Pais Ribeiro et al., 2006). É um instrumento de auto-resposta que permite identificar os componentes emocionais associados à doença física, sendo composto por duas subescalas cotadas separadamente: uma que avalia a ansiedade, constituída por 7 itens; outra que avalia a depressão, também com 7 itens. Cada item está formulado para uma escala de resposta de tipo *Likert* com 4 pontos (0-3), pelo que os valores possíveis para cada uma das subescalas variam entre 0 e 21. Neste instrumento um valor entre 0 e 7 é “normal”, entre 8 e 10 é “ligeiro”, entre 11 e 14 é “moderado” e entre 15 e 21 é “severo”, quer para a ansiedade, quer para a depressão. Vários estudos têm

demonstrado a validade deste instrumento para uso em contextos comunitários e hospitalares como medida breve de *distress* emocional bem como a sua utilidade em psiquiatria e psicologia clínica. A versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro et al., 2006) revelou bons valores de consistência interna para a escala de ansiedade (.76) e depressão (.81), aceitáveis coeficientes de teste-reteste e uma boa validade de constructo e discriminante.

Procedimentos de recolha de dados

O presente estudo é de tipo quantitativo, de natureza transversal, baseado na aplicação de questionários de auto-resposta. O procedimento inicial incidiu no contacto direto com os elementos diretivos das instituições de idosos afetas à respetiva investigação e, sequencialmente, por reuniões com os responsáveis pela gestão direta das instituições. Posteriormente foram agendadas reuniões com os colaboradores diretos de cada espaço social, com carácter informativo (objetivos e pertinência do estudo) e esclarecimento de eventuais questões (instruções específicas relativamente aos instrumentos protocolados). A dinamização destes procedimentos abrangeu, de igual forma, os três distritos focalizados (Aveiro, Coimbra, Figueira da Foz). Os questionários foram entregues aos participantes com garantia de total confidencialidade e rececionados ao longo de quatro meses.

Procedimentos estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos, foi utilizada a base de dados SPSS-versão 17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Com a mesma procedeu-se aos cálculos necessários para realizar as análises estatísticas descritivas e correlacionais. As análises descritivas envolveram o cálculo das frequências, médias e desvios-padrão das variáveis envolvidas e, para testar as associações entre as variáveis, foram calculados os coeficientes de correlação de *Pearson*. Descriminou-se $p < .05$ como nível de significância estatística.

III. Resultados

Nesta secção pretende-se apresentar os resultados obtidos após o tratamento estatístico resultante da descrição dos dados de cada uma das escalas e em função das diferentes dimensões avaliadas por cada uma delas, assim como os resultados integrais.

Resultados descritivos

No que respeita à escala ProQOL 5, pode-se referir que os indivíduos, na generalidade, consideram que frequentemente obtêm satisfação por compaixão, pois

apresentam uma média de 3.94, o que se aproxima da dimensão “frequente” da escala que compõe o questionário. A dimensão *burnout*, com média de 2.19, localiza-se próximo do valor “raramente”, sugerindo que os sujeitos, raramente, evidenciam essa dimensão. Há ainda a referir, que numa escala ordinal de frequência de 1 a 5, em que o valor 1 corresponde a “nunca” e o valor 5 “muito frequentemente”, a dimensão *stress* traumático, apresentou um valor médio de 2.33.

Tabela 2 - Qualidade de vida profissional

		n	Média
Qualidade de vida profissional	Satisfação por compaixão	104	3,94
	<i>Burnout</i>	104	2,19
	<i>Stress</i> traumático	104	2,33

* 1=Nunca
 2=Raramente
 3= Por Vezes
 4=Frequentemente
 5=Muito Frequentemente

Pela análise da tabela 3, é de referir que a sintomatologia psicopatológica mais frequente no universo inquirido é a ideação paranoide, pois é a que apresenta o valor médio mais elevado, compreendido numa escala de 0 a 4, em que o valor 0 corresponde a “nunca”, e o valor 4 a “muitíssimas vezes”. Segue-se a sintomatologia obsessões compulsões com um valor de média de 0.80 e a depressão com um valor de média de 0.57. As sintomatologias menos evidentes na amostra em estudo são a ansiedade fóbica, pois apresenta a média mais baixa, seguindo-se o psicoticismo. De referir que todas as dimensões apresentam valor médio entre a escala referente ao valor “nunca” e “poucas vezes”. Na nossa amostra verifica-se que as pontuações ao nível da sintomatologia psicopatológica são inferiores às obtidas para a população portuguesa, com diferenças estatisticamente significativas. A única exceção é a dimensão somatização, para a qual não obtivemos diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 3 – Sintomas psicopatológicos

		Amostra de cuidadores			População Portuguesa (Canavarro, 1999)		<i>t-test</i>	
		n	Média	D. P.	Média	D.P.	t	p
BSI	Somatização	104	0,497	0,619	0,573	0,916	-1,246	.216
	Obsess.-compulsões	104	0,798	0,598	1,290	0,878	-8,385	.000
	Sensibi. Interpessoal	104	0,637	0,627	0,958	0,727	-5,213	.000
	Depressão	104	0,572	0,667	0,893	0,722	-4,903	.000
	Ansiedade	104	0,496	0,536	0,942	0,766	-8,46	.000
	Hostilidade	104	0,465	0,474	0,894	0,784	-9,21	.000
	Ansiedade Fóbica	104	0,213	0,378	0,418	0,663	-5,51	.000
	Ideação Paranoide	104	0,840	0,720	1,063	0,789	-3,15	.002
	Psicoticismo	104	0,374	0,504	0,668	0,614	-4,7	.000

Pela análise da tabela 4, verifica-se que na amostra em questão, a maioria dos sujeitos apresenta índices “considerados normais” de ansiedade, representados por 76 casos, os correspondentes a 73,1% da amostra. No que se refere à depressão, a maioria também apresenta índices considerados normais, neste casos o correspondente a 85,6% da amostra. Verifica-se, ainda, que a componente emocional da ansiedade pontua um valor médio inferior e estatisticamente significativo, quando comparado com a população portuguesa e, inversamente, a componente emocional da depressão, pontua um valor médio superior e estatisticamente significativo, quando comparado com a população original.

Tabela 4 – Depressão e ansiedade hospitalar

				Amostra de cuidadores	População Portuguesa (Pais Ribeiro et al., 2007)	<i>t-test</i>		
		n	%	Média	Média	<i>t</i>	<i>p</i>	
Componentes emocionais associados à doença física	Ansiedade	Normal	76	73,1	5,567	7,81	-6,272	.000
		Ligeiro	16	15,4				
		Moderado	11	10,6				
		Severo	1	1,0				
		Total	104	100,0				
	Depressão	Normal	89	85,6	4,211	3,22	3,293	.001
		Ligeiro	12	11,5				
		Moderado	3	2,9				
		Total	104	100,0				

* entre 0 e 7 é “normal”
entre 8 e 10 é “ligeiro”
entre 11 e 14 é “moderado”
entre 15 e 21 é “severo”

**p < .01
*. p< .05

Relação entre as variáveis

Descreve-se, também, a análise das relações existentes entre as variáveis em estudo, nomeadamente entre a satisfação por compaixão, *burnout* e *stress traumático* e as nove dimensões psicopatológicas, somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo (tabela 5).

A correlação entre a idade e as dimensões psicopatológicas demonstra que não são registadas relações estatisticamente significativas, embora o tipo de correlação existente demonstre uma relação do tipo negativa, evidenciando que à medida que a idade aumenta, os níveis de sintomatologia psicopatológica têm tendência a diminuir, há exceção da variável ansiedade fóbica ($r=.046$, $p=.643$), que apresenta correlação positiva.

Os resultados obtidos mostram que as variáveis, obsessões-compulsões ($r=-.215$, $p=.028$), sensibilidade interpessoal ($r=-.249$, $p=.011$), ansiedade ($r=-.289$, $p=.003$), e hostilidade ($r=-.261$, $p=.008$), se encontram associadas negativamente com a dimensão satisfação por compaixão, uma vez que quando estas aumentam de intensidade o grau de satisfação por compaixão tende a diminuir.

No que respeita à relação entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica e a variável *burnout*, há a registar que todas as relações são significativas e positivamente associadas, uma vez que maiores níveis de sintomatologia patológica estão associados a maiores níveis de *burnout*, sendo as dimensões hostilidade ($r=.520$, $p=.000$), obsessões-compulsões ($r=.502$, $p=.000$) e sensibilidade interpessoal ($r=.502$, $p=.000$), as que apresentam valores mais significativos. Os resultados obtidos relativamente à relação entre as dimensões da sintomatologia psicopatológica e a variável *stress traumático*, revelam que estas são significativas e positivamente associadas entre si, uma vez que o aumento dos níveis das dimensões da sintomatologia psicopatológica estão associados ao aumento dos níveis de *stress traumático*, sendo as variáveis depressão ($r=.524$, $p=.000$) e ansiedade ($r=.514$, $p=.000$), as que apresentam valores mais significativos.

Tabela 5 – Correlação entre as variáveis estudadas

		ID	SC	BR	ST	SM	OC	SI	DP	ANS	HS	AF	IP	PS
<i>FS</i>	<i>ID</i>													
	<i>SC</i>	,085												
<i>ProQOL</i>	<i>BR</i>	-,190	-,601**											
	<i>ST</i>	-,032	-,227*	,551**										
	<i>SM</i>	,045	-,111	,394**	,454**									
	<i>OC</i>	-,067	-,215*	,502**	,498**	,716**								
	<i>SI</i>	-,055	-,249*	,502**	,467**	,717**	,746**							
<i>BSI</i>	<i>DP</i>	-,056	-,186	,466**	,524**	,733**	,735**	,775**						
	<i>ANS</i>	-,017	-,289**	,496**	,514**	,746**	,707**	,711**	,731**					
	<i>HS</i>	-,144	-,261**	,520**	,458**	,705**	,705**	,785**	,756**	,789**				
	<i>AF</i>	,046	-,120	,280**	,310**	,620**	,515**	,664**	,574**	,705**	,640**			
	<i>IP</i>	-,122	-,076	,311**	,417**	,592**	,729**	,769**	,714**	,589**	,710**	,551**		
	<i>PS</i>	-,105	-,110	,357**	,414**	,726**	,759**	,788**	,773**	,722**	,710**	,721**	,718**	

**p < .01

*, p < .05

ID= idade
 SC= satisfação por compaixão
 BR= burnout
 ST= stress traumático
 SM= somatização
 OC= obsessões-compulsões
 SI= sensibilidade interpessoal
 DP= depressão
 ANS= ansiedade
 HS= hostilidade
 AF= ansiedade fóbica
 IP= ideação paranóide
 PS= psicoticismo

Os resultados obtidos a partir da tabela 6, demonstram que as variáveis ansiedade ($r=-.297$, $p=.002$), e depressão ($r=-.249$, $p=.011$) apresentam uma relação estatisticamente significativa e negativa sobre a variável satisfação por compaixão, uma vez que quando estas aumentam o nível de satisfação por compaixão diminui, já a situação inversa é registada ao nível das correlações entre estas variáveis e os níveis de *burnout* e *stress* traumático, onde associado ao aumento dos níveis de ansiedade e depressão está associado o aumento dos níveis de *burnout* e *stress* traumático.

Tabela 6 – Correlação entre as variáveis estudadas

		SC	BR	ST	ID	ANS2	DP2
<i>ProQOL</i>	SC						
	BR	-,601**					
	ST	-,227*	,551**				
<i>FS</i>	ID	,085	-,190	-,032			
<i>EADH</i>	ANS2	-,297**	,458**	,255**	,009		
	DP2	-,249*	,467**	,299**	-,038	,659**	

**p < .01

* p < .05

IV. Discussão

Após a apresentação, análise e interpretação dos resultados procedeu-se a uma reflexão crítica sequencial dos mesmos, confrontando-os com o quadro teórico de referência através de alguns trabalhos de investigação no âmbito da relação entre a qualidade de vida profissional e a sintomatologia psicopatológica.

Como seria expectável existe uma clara predominância de elementos do sexo feminino (94,2%), o que é consistente com as estimativas demográficas (Nazareth, 2012) e diversos estudos neste âmbito (Botelho, 2000; Figueiredo & Sousa, 2008). Quanto ao estado civil predominam os cuidadores casados (56,7%), situação comum a estudos anteriores e coincidente com as características predominantes da população portuguesa nestas faixas etárias (Figueiredo & Sousa, 2008; Quaresma, Fernandes, Calado, & Pereira, 2004). Relativamente à variável idade, verificou-se que não existe uma relação estatisticamente significativa entre esta e o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Entre a variável idade e as componentes emocionais da ansiedade e depressão as conclusões foram semelhantes, o que se opõe aos resultados de alguns estudos (Gomes, Cruz, & Cabanelas, 2009). No entanto a literatura neste domínio demonstra que os técnicos geriátricos, quer mais novos, quer mais velhos, e por motivos diferentes, podem estar mais vulneráveis à sintomatologia psicopatológica (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007; Jenaro, Flores, & Arias, 2007). Os mesmos autores sugerem que tanto os cuidadores jovens, como os mais velhos lidam com situações difíceis (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007; Jenaro, Flores, & Arias, 2007) e são confrontados com a gestão de emoções e exigências funcionais, por vezes, de difícil cumprimento (Salanova & Shaufeli, 2009).

Relativamente aos cuidadores da nossa amostra, verifica-se que os mesmos apresentam frequentemente satisfação por compaixão no seu desempenho profissional, salientando-se desta forma os efeitos positivos da prestação de cuidados (Stamm, 2002), sendo que os níveis de *burnout* e *stress* traumático apresentam níveis baixos a moderados. Segundo Stamm (2002), o resultado a que chegámos é o mais positivo, sugerindo que os cuidadores da nossa amostra são qualitativamente eficazes no desempenho do seu trabalho. Estes resultados também parecem ir de encontro a um estudo que mostra que os níveis de *stress* e *burnout* nos cuidadores de lares de idosos são moderados (Cocco, Gatti, Lima, & Camus, 2003).

Os resultados do nosso estudo também confirmam as associações existentes entre os fenómenos avaliados pela ProQOL 5 encontradas por Stamm (2010), dada a existência de uma associação negativa entre a satisfação por compaixão e os restantes fenómenos. Estes dados permitem-nos concluir que, pela força das correlações, a satisfação por compaixão poderá representar um fator protetor do profissional que funciona como um filtro nos períodos de exposição aos fatores facilitadores de *burnout* e do *stress* traumático. Também se confirma uma associação positiva entre o *burnout* e o *stress* traumático, sugerindo que estes dois fenómenos, apesar de distintos, partilham uma mesma orientação, o que vai de encontro aos estudos de Stamm (2010). Paralelamente, estes resultados alertam-nos para a questão de que os profissionais repletos de compaixão e altruísmo, abertos às experiências de dor e sofrimento, podem ver a sua saúde mental mais prejudicada e vulnerabilizada a curto ou médio prazo (Jamieson, Teasdale, Richardson, & Ramirez, 2010).

De acordo com Azevedo (2010), os profissionais da área da geriatria constituem-se com um grupo profissional muito vulnerável ao desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas, no entanto estas conclusões não são consistentes com os índices de sintomatologia psicopatológica verificados na nossa amostra, que se apresentam normais e abaixo da média, quando comparados à população em geral. Os dados a que chegámos apresentam consistência com uma meta-análise que envolveu 485 estudos, que teve como objetivo avaliar a relação entre a satisfação no trabalho e a saúde física e mental, concluindo que a satisfação no trabalho é um fator importante para a saúde dos trabalhadores (Faragher, Cass, & Cooper, 2005). Relativamente ao indicador de ansiedade avaliado, a amostra do nosso estudo também evidencia índices abaixo da média e

estatisticamente significativos quando comparados com a população portuguesa, no entanto é de considerar que 26% da amostra se encontra com índices de ansiedade que vão de um nível ligeiro a moderado, corroborando os resultados de um estudo de Shyu (2006). No que respeita à componente emocional da depressão os resultados da nossa amostra revelaram resultados inversos aos verificados para a ansiedade, apresentando valores médios superiores e estatisticamente significativos quando comparados aos da população portuguesa, sendo que 14,4% da nossa amostra apresenta índices ligeiros a moderados de depressão. Facto que sugere que se podem encontrar em situação de maior vulnerabilidade à doença e ao mal-estar geral, o que pode comprometer, a curto ou médio prazo, a qualidade de vida profissional, a realização profissional, a autoeficácia e, consequentemente, a qualidade dos serviços prestado ao idoso (Salanova, 2009). Ainda assim, o conjunto de resultados quantitativos apurados sugerem que a maioria dos cuidadores formais da nossa amostra percecionam uma qualidade de vida razoável, indo parcialmente de encontro às evidências encontradas por alguns autores que referenciam que cuidadores com níveis significativos de ansiedade e depressão se relacionam com fraca perceção da sua qualidade de vida (Dreer, Elliot, Shewchuk, Berry, & Rivera, 2007; Limonero, Sábado, Castro, & Gómez-Benito, 2004).

Segundo alguns autores, a saúde mental quando comprometida pode-se tornar condicionante do equilíbrio e bem-estar do profissional (Maslach & Leiter, 2008; Canavarro, 1999). De acordo com alguns estudos, os principais fatores que sugerem o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica entre técnicos de saúde e prestadores de cuidados a idosos são as exigências profissionais, o baixo reconhecimento social, a falta de suporte, a existência de conflitos interpessoais e as reduzidas estratégias de *coping* (Jenaro, Flores & Arias, 2007; Leiter, 2005; Salanova, Bakker, & Llorens, 2006).

Como seria espectável os nossos resultados evidenciam que as variáveis ansiedade e depressão e sintomas psicopatológicos encontram-se significativas e negativamente correlacionadas com a satisfação por compaixão, significando que quando estas aumentam o nível de satisfação por compaixão no trabalho diminui. Relativamente às dimensões *burnout* e *stress* traumático, representadas na escala de qualidade de vida profissional, estas apresentam uma correlação positiva entre si, e estabelecem uma correlação inversa da situação anterior, ou seja o aumento da sintomatologia psicopatológica, ansiedade e depressão, traduz-se no aumento de manifestações de *burnout* e *stress* traumático.

O presente estudo permitiu-nos refletir sobre os riscos associados ao ato de cuidar e simultaneamente sobre a importância das recompensas resultantes do trabalho exercido com idosos institucionalizados, podendo estas superar os seus custos. É fundamental encontrar um equilíbrio entre o cuidar dos outros e o cuidar de nós mesmos (Salston & Figley, 2003). Também nos permitiu concluir, à semelhança de outros autores, que quanto maior é a prevalência de perturbações mentais, maior é o impacto na qualidade do trabalho, representando um risco elevado para os profissionais de saúde e para o(s) alvo(s) dos cuidados (Gärtner, Nieuwenhuijsen, van Dijk, & Sluiter, 2012).

Conclusões e implicações práticas

Os dados obtidos devem ser analisados com alguma precaução considerando algumas das limitações deste estudo. Apesar dos diligências para padronizar a aplicação dos questionários, o facto de esta não ter sido presencial em algumas das situações (pela dinâmica funcional das instituições envolvidas) impediu o controlo ambiental da aplicação instrumental, o que pode ter condicionado os resultados obtidos. Verificaram-se, ainda, dificuldades interpretativas de algumas questões dos instrumentos (facto observável nos trabalhadores com baixos níveis de escolaridade) e receio de implicações nos seus contextos de trabalho (em virtude do conteúdo exploratório dos mesmos).

Este estudo teria sido mais enriquecedor e profícuo se, para além dos questionários de auto-resposta, estivessem envolvidas simultaneamente metodologias qualitativas que permitissem uma maior precisão na obtenção de alguns dados. A realização de entrevistas individualizadas, e em profundidade, permitiriam a análise reconstrutiva do passado e presente dos cuidadores nas instituições, assim como a compreensão dos fatores de risco ao longo da vida (nomeadamente história de doença psiquiátrica anterior) e como se consubstanciam no presente e no futuro.

Em função da revisão de literatura efetuada no domínio deste estudo, conclui-se ser fundamental as instituições projetarem ações informativas/formativas iniciais e continuadas que incorporem a abordagem de conceitos como *stress*, *burnout*, fadiga por compaixão e o desenvolvimento de estratégias adequadas que ajudem o cuidador a lidar com as situações apresentadas, especialmente junto dos cuidadores menos escolarizados (Cyr & Dowrick, 1991, cit. in Kinzel & Nanson, 2000). Um estudo americano enfatizou o papel dos programas de formação profissional na aprendizagem de habilidades intrapessoais de enfrentamento e resiliência (Thomas, 2013). Paralelamente às ações

formativas, é imprescindível a supervisão contínua e a projeção de “tempos próprios” para promover o experienciar da partilha de vivências e dificuldades subjacentes às mesmas, uma vez que cuidar de idosos acarreta ao cuidador formal exigências que se refletem, muitas das vezes, na sua saúde (Fragoso, 2008). É essencial manter os cuidadores motivados e em condições psicológicas favoráveis, neste sentido, é fundamental compreender o impacto do ato de cuidar nos seus prestadores para ativar mecanismos de *coping* mais ajustados aos problemas de desgaste emocional e aos elevados níveis de *stress* emocional. De acordo com o Plano nacional de Saúde das Pessoas Idosas (2012) trabalhar junto de idosos em situação de dependência exige uma abordagem dinâmica, multidimensional e multidisciplinar que envolva e apoie quem cuida. No binómio idoso-cuidador salienta-se a adequação dos cuidados às necessidades das pessoas idosas, nomeadamente as necessidades de apoio efetivo, emocional, percetivo, informativo, instrumental e de convívio social (Vaz Serra, 2002).

Este estudo deverá impulsionar a realização de outras investigações que possam contribuir para a otimização do trabalho prestado pelo cuidador formal, promoção do seu bem-estar e, consequentemente, melhor servir o idoso.

VI. Referências

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 103–108. doi: 10.1037/0002-9432.76.1.103
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- American Psychological Association (APA). (2010). *Publication manual of the american psychological association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrade C., & Monteiro, M. (2007). Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 237-244. doi: 10.1590/S0080-62342007000200009
- Azevedo, L., Loureiro, C., Pereira, J. P., & Cunha, M. J. (2010, fevereiro). *Vulnerabilidade ao stress, desordens emocionais, qualidade de vida e bem-estar em cuidadores formais de idosos institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório*. VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Braga.
- Barros, J. (2008). *Psicologia do Envelhecimento e do idoso*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora.
- Beers, M. H., & Jones, T. V. (2005). *The merck manual of health & aging: The comprehensive guide to the changes and challenges of aging-for older adults and those who care for and about them*. Ballantine Books.
- Bilsker, D., Gilbert, M., Myette, L., & Stewart-Patterson, C. (2005). *Depression & work function: Bridging the gap between mental health care & the workplace*. Calgary: Gilbert Action Le Page Ltd.
- Botelho, M. A. (2000). Autonomia funcional em idosos. *Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Laboratórios Bial, Porto.
- Brito, F. C., & Ramos, L. R. (2002). Serviços de atenção à saúde do idoso. In M. P. Netto, (Ed.). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 394-402). São Paulo: Ateneu.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. *Testes e provas psicológicas em Portugal* (pp. 95-109). Braga: APPORT/ SHO. 25.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa* (pp. 95-107). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, P. R. C. & Sá (2011). Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional quality of life 5”. Tese de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cocco, E., Gatti, M., de Mendonça Lima, C.A., & Camus, V. (2003). A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and a cute geriatric wards. *Internacional journal of geriatric psychiatry*, 18(1), 78-85.
- Codo, W., & Lago K. (2010). *Fadiga por compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W., Sampaio, J. C., & Hitomi, A. (1993). *Indivíduo, trabalho e sofrimento: Uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 30, 1071-1080. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.009
- Constable, J. F., & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of human stress*, 12(1), 20-26.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez Oboré.
- Di Mattei, V. E., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, S. F., & Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Sciences*, 29(6), 383-389.
- Dreer, Elliott, Shewchuk, Berry & Rivera. (2007). Family caregivers of persons with spinal cord injury: Predicting caregivers at risk for probable depression. *Rehabilitation Psychology*, 52(3), 351 – 357.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S., & Pincus, H. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric services*, 55(1), 29-34. doi: 10.1176/appl.ps.55.1.29 engagement). Madrid: Alianza Editorial.

- Faragher, A. B., Cass M., & Cooper C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational & Environmental medicine*, 105-112.
- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, & educators* (pp. 3-28). Baltimore, MD: Sidran Press.
- Figueiredo D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15-24.
- Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *Revista IGT na Rede - Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar*, 5(8), 51-61.
- Gärtner, F. R., Ketelaar, S. M., Smeets, O., Bolier, L., Fischer, E., Van Dijk, F. J., & Sluiter, J. K. (2011). The mental vitality@ work study: design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals. *BMC Public Health* 11(1): 290. doi:10.1186/1471-2458-11-290.
- Gärtner, F. R., Nieuwenhuijsen, K., van Dijk, F. J. H., & Sluiter, J. K. (2012). Impaired work functioning due to common mental disorders in nurses and allied health professionals: the nurses work functioning questionnaire. *International archives of occupational and environmental health*, 85(2), 125-138.
- Gilmour, H. & Patten, S. (2007). Depression at work. *Perspetives on labour and income*, 8(11), 19-31.
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.
- Gonçalves, C (2002). As pessoas idosas nas famílias institucionais, segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 3, 41-59.
- Hartke, R. J., King, R. B., Heinemann, A. W., & Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), 150-156. doi:10.1037/0090-5550.51.2.150

- Hooker, K., Bowman, S. R., Coehlo, D. P., Lim, S. R., Kaye, J., Guariglia, R., & Li, F. (2002). Behavioral change in persons with dementia: Relationships with mental and psysical health of caregivers. *Journal of Gerontology*, 57(5), 453-460. doi: 10.1093/geronb/57.5.P453
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *O envelhecimento em Portugal*. Retrieved from 12 fevereiro 2013, from http://www.aleaestp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Projeções da população residente em Portugal: 2008-2060*. Retrieved from 12 fevereiro 2013, from http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att..pdf
- Jamieson, L., Teasdale E., Richardson, A., & Ramirez, A. (2010). *The Stress of Professional Caregiving*. New York: Oxford University Press.
- Jenaro, C., Flores, N. & Arias, B. (2007). Burnout and coping in human service practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 80–87.
- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44. doi: 10.1177/1534765608319083
- Kim, K. H. C., Bursac, Z., DiLillo, V., White, D. B., & West, D. S. (2009). Brief report: stress, race, and body weight. *Health Psychology* 28(1), 131–135. doi: 10.1037/a0012648
- Kinzel, A. & Nanson, J. (2000). Education and debriefing: strategies for preventing crises in crisis-line volunteers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(3), 126-134. doi: 10.1027//0227-5910.21.3.126
- Langdon, P.E., Yágüez, L. & Kuipers, E. (2007). Staff working with people who have intellectual disabilities within secure hospitals. *Journal of Intellectual Disabilities*, 11(4), 343-357. doi: 10.1177/174462507083584.
- Leal, M. (1995). *Stress e burnout: estudo comparativo entre médicos de família e outros*. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Leiter, M. (2005). Perception of risk: An organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anxiety, stress, and coping*, 18(2), 131-144. doi:10.1080/10615800500082473

- Limonero, T., Tomás-Sábado, T., Fernández-Castro, J. & Gómez-Benito, J.Y. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés Laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 29-41.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social: *envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martínez, J. L. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa*. Universidade Complutense de Madrid.
- Martins, R. M. (2007). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, XX, 128-134.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189-192. doi: 10.1111/1467-8721.01258
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512.
- Maurício, I. (2010). O envelhecimento activo/depressão em pessoas idosas: que intervenção nos cuidados de saúde primários em Portugal?. *Revista do serviço de psiquiatria do hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*, 59-61.
- McHolm, F. (2006). Rx for compassion fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12-19.
- Melo, B., Gomes, A. & Cruz, J. (1997). Stress ocupacional em profissionais de saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 53-72.
- Miguel, M., Barros Pinto, M. E., Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 784 – 795. Retrieved from <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a17>
- Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: study of japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(2), 174-176.
- Nazareth, J. M. (2012). *A Ciência da população*. Lisboa: Edição Presença.

- Oliveira, Catarina, Manuel Rosa, Pinto, A., Maria Botelho, Morais, A., & Veríssimo, M., 2010. *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Olshansky, S. J., L. & Hayflick, (2005). Position statement on human aging. quackwatch: 1-11.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2006). Validation study of a portuguese version of the hospital anxiety and depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 225-237. doi: 10.1080/13548500500524088
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*. 3(2), 345-362.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., Asberg, M. & Nygren, A. (2008) Work characteristics sickness absence in burnout and non burnout groups: a study of swedish healthcare workers. *Internacional Journal of Stress Management*, 15 (2), 153-172. doi: 10.1037/1072-5245.15.2.153
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Cuidados continuados integrados em Portugal- analisando o presente, perspetivando o futuro*. Retrieved from http://www.observaport.org/sites/observaport.org/.../CSC1_8.pdf
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), E56-E62.
- Quaresma, M. D. L., Fernandes, A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). *O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: Editora CESDET.
- Radey, M., & Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35(3), 207-214. doi:10.1007/s10615-007-0087-3
- Sabo, Brenda (2011). "Reflecting on the concept of compassion fatigue." *MedsCape*. Retrieved 19 dezembro 2012, from <http://www.medscape.com/viewarticle/745292>
- Salanova, M., Bakker, A., & Llorens, S. (2006). Flow at work: Evidence for an upward spiral of personal and organizational resources. *Journal of Happiness Studies* 7(1), 1-22. doi:10.1007/s10902-005-8854-8

- Salanova, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión práctica de riesgos laborales: integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, 58, 18-23.
- Salanova, M. & Schaufeli, W.B. (2009). *La vinculación psicológica en el trabajo (work engagement)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salston, M. & Figley, C. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167–174. doi: 10.1023/A:1022899207206
- Santos, A. (2004). *Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Delepeleire, J. (2010). Factors determining the impact of care-giving on caregivers of elderly patients with dementia. A systematic literature review. *Maturitas* 66(2): 191-200.
- Schulz, R & Quittner, A. (1998). Caregiving through the life span: overview and future directions. *Health Psychology*, 17(2), 107-111.
- Schulz, R., Belle, S.H., Czaja, S.J., McGinnis, K.A., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *The Journal of American Medical Association*, 292(8), 961-967.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções*. Coimbra: Quarteto.
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. doi:10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shyu, Y. (2006). Patterns of caregiving when family caregivers face competing needs. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 35-43. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01262.x
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test.
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org. Retrieved from de <http://www.proqol.org/uploads/ProQOL>

- Sundin, L., Hochwlder, J., Bildt, C., & Lisspers, J. (2007). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 758.
- Thomas, J. (2013). Association of Personal Distress With Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction Among Clinical Social Workers. *Journal of Social Service Research*, (ahead-of-print).
- Vaz Serra, A. (2002). *O Stress na vida todos os dias*. Coimbra: Edições Minerva.
- Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E., & Sloane, P.D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45(1), 96-105. doi: 10.1093/geront/45.suppl_1.96

VII. Apêndices

Aveiro, 15 de janeiro de 2013

Exmº Sr. Provedor Dr. Amorim Figueiredo
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Águeda

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

No âmbito do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontramos-nos presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais do mesmo, a qualidade de vida bem como a saúde mental dos cuidadores formais.

Para a realização do mesmo necessitamos de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT); o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ); a Escala de Qualidade de vida Profissional (ProQOL 5); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Assim vimos por este meio solicitar a V. Exª. autorização para aplicação dos mesmos na Vossa instituição a fim de recolher os dados.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradecemos desde já toda a atenção e colaboração que nos possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Jennifer Santos

Sandra Saúde

Aveiro, 15 de janeiro de 2013

Exmº Sr. Provedor Dr. Armando Porto
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Coimbra

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

No âmbito do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontramos-nos presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais do mesmo, a qualidade de vida bem como a saúde mental dos cuidadores formais.

Para a realização do mesmo necessitamos de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT); o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ); a Escala de Qualidade de vida Profissional (ProQOL 5); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Assim vimos por este meio solicitar a V. Exª. autorização para aplicação dos mesmos na Vossa instituição a fim de recolher os dados.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradecemos desde já toda a atenção e colaboração que nos possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Jennifer Santos

Sandra Saúde

Aveiro, 15 de janeiro de 2013

Exmº Sr. Provedor Dr. Lacerda Pais

Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Aveiro

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

No âmbito do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontramos-nos presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais do mesmo, a qualidade de vida bem como a saúde mental dos cuidadores formais.

Para a realização do mesmo necessitamos de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT); o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ); a Escala de Qualidade de vida Profissional (ProQOL 5); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Assim vimos por este meio solicitar a V. Exª. autorização para aplicação dos mesmos na Vossa instituição a fim de recolher os dados.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradecemos desde já toda a atenção e colaboração que nos possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Jennifer Santos

Sandra Saúde

Aveiro, 15 de janeiro de 2013

Exmº Sr. Diretor do Centro de Assistência Paroquial da Granja do Ulmeiro

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

No âmbito do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontramos-nos presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais do mesmo, a qualidade de vida bem como a saúde mental dos cuidadores formais.

Para a realização do mesmo necessitamos de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT); o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ); a Escala de Qualidade de vida Profissional (ProQOL 5); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Assim vimos por este meio solicitar a V. Exª. autorização para aplicação dos mesmos na Vossa instituição a fim de recolher os dados.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradecemos desde já toda a atenção e colaboração que nos possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Jennifer Santos

Sandra Saúde

Aveiro, 15 de janeiro de 2013

Exmº Sr. Diretor da Fundação CESDA – Lar Passo Sénior

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

No âmbito do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontramos-nos presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais do mesmo, a qualidade de vida bem como a saúde mental dos cuidadores formais.

Para a realização do mesmo necessitamos de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT); o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ); a Escala de Qualidade de vida Profissional (ProQOL 5); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Assim vimos por este meio solicitar a V. Exª. autorização para aplicação dos mesmos na Vossa instituição a fim de recolher os dados.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradecemos desde já toda a atenção e colaboração que nos possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Jennifer Santos

Sandra Saúde

Aveiro, 15 de janeiro de 2013

Exm^a Sra. Diretora do Centro Social Paroquial de Santo André

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo científico

No âmbito do Mestrado de 2º Ciclo em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, encontramos-nos presentemente a desenvolver um trabalho de investigação com o objetivo geral de avaliar a capacidade para o trabalho, os riscos psicossociais do mesmo, a qualidade de vida bem como a saúde mental dos cuidadores formais.

Para a realização do mesmo necessitamos de recolher informação através da utilização de instrumentos de avaliação. Os instrumentos selecionados para o efeito são: o Índice de Capacidade para o trabalho (ICT); o Questionário Psicossocial de Copenhaga (COPSOQ); a Escala de Qualidade de vida Profissional (ProQOL 5); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH).

Assim vimos por este meio solicitar a V. Ex^a. autorização para aplicação dos mesmos na Vossa instituição a fim de recolher os dados.

Resta ressaltar que toda a informação recolhida é estritamente confidencial e anónima e que será solicitada autorização individual a cada participante na investigação.

Agradecemos desde já toda a atenção e colaboração que nos possa dispensar.

Com os melhores cumprimentos,

Jennifer Santos

Sandra Saúde

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.

Título do estudo: Avaliação da capacidade para o trabalho, riscos psicossociais, qualidade de vida profissional e saúde mental numa amostra de cuidadores formais.

Enquadramento: Este estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade de Aveiro, das alunas Jennifer Cristina Gomes Alfaiate Santos e Sandra Neves Martins dos Santos Ferreira Saúde, sob orientação científica da Professora Doutora Sara Monteiro.

Explicação do estudo: A recolha de dados será realizada através do preenchimento dos questionários que seguem em anexo. Estes avaliam a capacidade para o trabalho, riscos psicossociais no trabalho, qualidade de vida profissional e saúde mental, objetivando uma melhor caracterização e compreensão destas variáveis e consequente prevenção destes problemas.

Condições: A participação no estudo é **voluntária**, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. Garantimos a **confidencialidade** e **anonimato** e uso exclusivo dos dados recolhidos para efeitos de investigação.

A equipa do projeto agradece a sua disponibilidade e colaboração.

Jennifer Santos

Sandra Saúde

Sara Monteiro

Para mais informações e/ou esclarecimentos contactar:
Sara Otília Marques Monteiro
Professora Auxiliar Convidada
Psicóloga (Céd. OPP n.º4830)
Universidade de Aveiro, Departamento de Educação
Campus Universitário de Santiago. 3810-193 Aveiro, Portugal.
Telefone: (+351) 234 370 353
smonteiro@ua.pt

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Sim

☐

Não

☐

Data:

(ProQOL 5, Versão Portuguesa,
Carvalho e Sá, 2011)

1=Nunca	2=Raramente	3=Por vezes	4=Frequentemente	5=Muito Frequentemente
_____	Eu sou feliz.			
_____	Eu estou preocupado(a) com mais do que uma pessoa que eu ajudo.			
_____	Eu fico satisfeito(a) ao poder ajudar os outros			
_____	Eu sinto-me ligado(a) aos outros.			
_____	Eu salto ou assusto-me com sons inesperados.			
_____	Eu sinto-me revigorado(a) depois de trabalhar com aqueles que ajudo.			
_____	Sinto dificuldade em separar a minha vida pessoal da minha vida como cuidador.			
_____	Eu não sou tão produtivo(a) no meu trabalho porque não consigo dormir devido a experiências traumáticas de uma pessoa que eu ajudo.			
_____	Eu penso que posso ter sido afetado(a) pelo stress traumático daqueles que ajudo.			
_____	Eu sinto-me encurralado(a) no meu trabalho como cuidador(a).			
_____	Devido ao meu trabalho de ajuda eu tenho-me sentido “nervoso(a)” por variadas coisas			
_____	Eu gosto do meu trabalho como cuidador(a).			
_____	Eu sinto-me deprimido(a) devido às experiências traumáticas das pessoas que eu auxilio			
_____	Eu sinto-me forte ao partilhar o trauma de alguém que eu ajudei.			
_____	Eu tenho crenças que me sustentam.			
_____	Eu estou satisfeito(a) pelo modo como consigo manter-me atualizado(a) das técnicas e protocolos de prestação de cuidados aos outros.			
_____	Eu sou a pessoa que sempre quis ser.			
_____	O meu trabalho faz-me sentir satisfeito(a).			
_____	Eu sinto-me exausto(a) devido ao meu trabalho como cuidador(a).			
_____	Eu tenho bons pensamentos e sentimentos acerca daqueles que eu ajudo e como posso vir a ajudá-los.			
_____	Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho que faço como cuidador.			
_____	Eu acredito que posso marcar a diferença através do meu trabalho.			
_____	Eu evito certas atividades ou situações porque me recordam experiências assustadoras das pessoas que eu ajudei.			
_____	Eu sinto-me orgulhoso(a) daquilo que posso fazer para ajudar.			
_____	Como resultado da minha ajuda, tenho pensamentos intrusivos e assustadores.			
_____	Eu sinto-me encurralado(a) pelo sistema.			
_____	Eu penso que sou um “sucesso” como cuidador.			
_____	Eu não me recordo de partes importantes do meu trabalho com vítimas traumatizadas.			
_____	Eu sou uma pessoa muito carinhosa			
_____	Eu sinto-me feliz por ter escolhido este trabalho.			

Apêndice 4 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apêndice 5 – Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (EADH)

EADH

(Snaith & Zigmond, 1994; versão portuguesa: Pais-Ribeiro, et al., 2006)

Este questionário foi construído com o objectivo de ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no quadrado que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas um (X) em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso(a) ou nervoso(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto agora <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer	<input type="checkbox"/> Sim e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me aflige <input type="checkbox"/> De modo algum
4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Muito menos agora <input type="checkbox"/> Nunca
5. Tenho a cabeça cheia de preocupações	<input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
6. Sinto-me animado(a)	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Quase sempre
7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado(a) e sentir-me relaxado(a)	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
8. Sinto-me mais lento(a), como se fizesse as coisas mais devagar	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
9. Fico de tal forma apreensivo(a) (com medo), que até sinto um aperto no estômago	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico	<input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não dou a atenção que devia <input type="checkbox"/> Talvez cuide menos que antes <input type="checkbox"/> Tenho o mesmo interesse de sempre
11. Sinto-me de tal forma inquieto(a) que não consigo estar parado(a)	<input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Não muito <input type="checkbox"/> Nada
12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro	<input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Bastante menos agora <input type="checkbox"/> Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Por vezes <input type="checkbox"/> Nunca
14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou programa de rádio ou televisão	<input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca